M. le Directeur de l'Ed. méd. Surg. journal.

DES

FISTULES AÉRIFÈRES

(fistules laryngo-pharyngiennes)

ET

DE LA BRONCHO-PLASTIQUE.

NOUVELLE MÉTHODE PLASTIQUE.

Mémoire lu à l'Académie de Médecine

Par A. Velpeau.

Les plaies de la région antérieure du cou, déjà si dangereuses par suite des énormes vaisseaux qu'elles peuvent comprendre, le sont encore par leur tendance à rester fistuleuses quand elles atteignent les canaux aérifères. Il importe toutefois d'établir entre elles des distinctions sous ce double rapport. Celles de la trachée, à moins que ce conduit ne soit complétement divisé en travers, se cicatrisent en général avec facilité (1). Sur les cartilages cricoïde et thyroïde, l'art en triomphe également sans trop d'embarras; mais il n'en est plus de même dans l'espace thyro-hyoïdien. Ici la position, les bandages, la suture même ne suffisent pas toujours pour en tenir les lèvres convenablement rapprochées.

§ I. — ANATOMIE CHIRURGICALE.

La raison de ces différences se trouve dans la disposition anatomique des parties. Au-dessous de la saillie laryngienne, en effet, la peau et

(1) *V.* Lassus, *Journal de Sédillot*, tom. III, pag. 495. — Mège, *Journal complémentaire*, tom. XIX, pag. 200.

les couches sous-jacentes ont une épaisseur, jouissent d'une mobilité à peu près égales partout. La trachée est assez souple et douée d'une vitalité assez grande pour que le travail de cicatrisation, sagement secondé, en ferme sans peine les ouvertures. Rien n'empêcherait d'en pratiquer la suture, si on le jugeait à propos, et les mouvemens de la tête n'ont qu'une faible influence sur la marche de pareilles lésions. Dans la rainure thyro-hyoïdienne, c'est tout le contraire. Là les parties perdent leur parallélisme aussitôt après avoir été divisées. L'angle thyroïdien tire la lèvre inférieure de la blessure en avant et en bas, pendant que l'os hyoïde entraîne la supérieure en arrière et en haut. La première offre une texture des plus complexes. On y observe à la fois un cartilage solide, une peau très-fine, des couches cellulo-fibreuses fort irrégulières et la racine de quelques muscles. Si, dans la seconde, les tissus sont plus homogènes, l'os hyoïde lui donne une telle mobilité que les moyens chirurgicaux ont peu de prise sur elle quand il s'agit de la maintenir en rapport avec l'autre. Le moindre mouvement du menton en dérange d'ailleurs aussitôt la coaptation. La mastication, la déglutition, soit des solides, soit des liquides, soit de la simple salive, en font autant à chaque minute. Si l'épiglotte reste au-dessous, ce qui est rare, les matières venant de la bouche s'engagent presque toujours en partie dans l'ouverture accidentelle. Si, comme il arrive ordinairement, elle se trouve séparée de la glotte, l'air, les mucosités, heurtant contre sa face postéro-inférieure, s'introduisent encore plus facilement dans la plaie. Ainsi, d'un côté, la langue, l'épiglotte, élémens charnus, vasculeux, souples, mobiles; de l'autre, le cartilage thyroïde, solide, fixe, peu de vascularité dans les tissus. En faut-il davantage, en y joignant les autres particularités mentionnées tout à l'heure, pour expliquer la fréquence des fistules à la suite des plaies transversales de cette partie du cou?

L'anatomie montre en outre pourquoi les divisions par instrument tranchant s'observent plus souvent dans cet endroit qu'ailleurs. C'est en général à des tentatives d'assassinat ou de suicide qu'il faut les rapporter. La saillie du menton et la tête du larynx y conduisent alors en quelque sorte forcément l'arme meurtrière. Du reste, le bord supérieur du cartilage thyroïde se terminant en arrière et de chaque côté par une corne assez longue, il est rare que l'instrument pénètre au-delà. Les carotides sont ainsi protégées. L'artère thyroïdienne supérieure, ou quelques autres branches de moindre volume encore, pouvant seules

R34015

être atteintes, le blessé survit presque constamment, et la fistule a, de cette manière, tout le temps de s'établir. Plus bas, le bord des muscles sterno-mastoïdiens n'opposant pas une résistance assez efficace à la cause vulnérante pour garantir les vaisseaux, d'ailleurs de plus en plus superficiels dans ce sens, les malades manquent rarement, au contraire, de succomber rapidement.

§ II. — PRONOSTIC.

La plupart des auteurs ont indiqué les dangers des plaies de la gorge et la difficulté d'en guérir les fistules. On peut consulter à ce sujet Paré (1), Richter (2), Bousquet (3), les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (4), J. Bell (5) et le quatrième volume de la *Clinique de M. Larrey*. Seulement, comme, à l'exception d'un petit nombre d'entre eux, ils se sont le plus souvent bornés à dire que le canal aérifère avait été ouvert, sans désigner avec précision le point blessé, leurs observations ne peuvent pas être d'un grand secours en semblable matière.

Par cela même que les plaies de l'espace thyro-hyoïdien sont difficiles à réunir de prime-abord, les fistules qui en sont la suite doivent être encore plus difficiles à fermer. Sabatier en était si convaincu qu'il daigne à peine leur consacrer une page dans son excellent livre. MM. Roche et Sanson, qui n'ont pas cru devoir en traiter plus longuement, conviennent aussi, dans la dernière édition de leurs *Élémens de pathologie méd. chir.* (6), qu'elles sont presque toujours incurables. C'est à tel point, au reste, qu'à en juger par le silence des écrivains, elles n'auraient été jusqu'ici l'objet d'aucune tentative opératoire. Nos dictionnaires, nos traités les plus modernes ne donnent pas plus de détails à cette occasion que les ouvrages des siècles passés, et il n'est aucun recueil scientifique qui en fasse particulièrement mention. La cause d'un pareil oubli ne peut, à mon avis, s'expliquer que de trois manières. Trouvant qu'il suffit d'aviver les fistules thyro-hyoïdiennes pour en agglutiner les bords au moyen de la suture ou des bandages, les chirurgiens en au-

(1) Liv. X, chap. xxx, pag. 292.
(2) *Bibliothèque du Nord*, tom. Ier, pag. 167.
(3) Thèses de Paris, 1775.
(4) Tom. IV, pag. 429.
(5) *Traité des Plaies*, traduction d'Estor, pag. 474.
(6) Tome V, p. 280.

raient-ils supposé la médication trop simple ou trop facile pour songer à s'en occuper d'une manière spéciale? Les assertions de Sabatier, celles de M. Sanson, et les faits que je vais rapporter prouvent qu'une telle version n'est pas admissible.

N'est-il pas permis de penser, au contraire, qu'ayant échoué dans leurs essais, les praticiens auront jugé inutile d'en instruire le public? Comme elles ne compromettent pas l'existence, et qu'elles peuvent être couvertes par la cravate ou complétement fermées par un bouchon de linge, de charpie, etc., n'est-il pas plus probable encore que les malades, se résignant en général à garder indéfiniment leur fistule, ont dû enlever ainsi à l'art les occasions de s'en occuper. L'avenir nous apprendra si ce n'est pas, comme je le présume, à ces deux derniers motifs qu'il faut surtout s'en prendre. Quelle qu'en soit la raison au surplus, il me suffit en ce moment de constater la difficulté de guérir quelques-unes de ces fistules par les méthodes actuellement connues.

§ III. — Opération.

Je prie l'Académie de vouloir bien m'accorder un instant d'attention sur ce sujet. L'un des malades dont j'ai à l'entretenir avait déjà été opéré dans un grand hôpital. M. Prosper Denis, ancien lauréat de l'école de Paris, craignant de ne pas être assez bien secondé dans l'établissement dont il est chargé en province, m'adressa l'autre au mois de décembre dernier. Prouvant à elle seule que leur affection n'était pas facile à guérir, j'invoque cette circonstance pour me justifier d'y avoir appliqué une nouvelle méthode plastique. Cette méthode consiste essentiellement dans la construction d'un *repli* ou d'un *bouchon* de tissus sains, qu'on introduit et qu'on maintient dans la fistule. En voici le manuel.

a. Manuel opératoire. — *Premier temps.* — Le sujet, couché sur le dos comme pour la bronchotomie, est sagement contenu par des aides. Le chirurgien, placé à droite, taille sur le devant du larynx, au-dessous de l'ulcère, à l'aide d'un bistouri droit ou convexe, un lambeau de téguments large d'un pouce et long de deux, plus ou moins, suivant la largeur ou la profondeur de l'ouverture à fermer, coupe ce lambeau en écusson ou carrément par en bas, lui donne un peu moins de largeur en haut qu'inférieurement, le dissèque et le relève de l'extrémité libre vers la racine, en renversant avec lui autant de tissu cellulaire que possible, sans dénuder le cartilage, et s'arrête dès lors pour procéder au second temps de l'opération.

b. Deuxième temps. Ce deuxième temps comprend l'avivement de la fistule. Fatiguant le malade, par la toux qu'il suscite ou les mouvemens répétés de déglutition qu'il détermine, il exige des précautions et quelque patience. Au lieu de l'effectuer en dédolant, comme il semble plus commode de le faire, j'ai cru remarquer qu'il valait mieux enfoncer d'abord la pointe du bistouri sur un point du cercle à rafraîchir, afin d'en parcourir ensuite toute la circonférence, avant d'interrompre nulle part la continuité de la pellicule qu'on veut en détacher. On excise ainsi une bandelette que la pince soutient successivement et sans difficulté jusqu'à la fin, par ses différens points, à mesure que l'instrument la sépare d'avant en arrière. Son bord profond ne devant être détaché qu'en dernier lieu, le sang s'échappe du côté de la peau. Ne pénétrant point ou ne pénétrant du moins qu'en très-petite partie dans la cavité laryngo-pharyngienne, ce fluide ne fait plus naître chez le malade un aussi vif besoin de tousser, et n'expose à aucun risque de suffocation. Il est d'ailleurs bon de s'y prendre de telle sorte que la plaie se trouve un peu plus large en avant qu'en arrière, et qu'elle offre jusqu'à un certain point la forme d'un cône ou d'un entonnoir.

c. Troisième temps. Après une minute ou deux accordées au malade pour se reposer, et nécessaires aussi pour que le suintement de la surface saignante se suspende, on passe au troisième temps, c'est-à-dire au placement du lambeau. Cette partie de la méthode présente deux nuances assez tranchées.

Premier procédé. Si la fistule a plus d'étendue en travers que de haut en bas, on commence par mettre le lambeau en double, en ayant soin cependant de n'en pas remonter la pointe tout-à-fait aussi haut que la racine. On le renverse dans cet état, sans le tordre. Sa surface cellulo-graisseuse étant seule libre, le chirurgien en engage alors le talon, ou la partie moyenne, dans la fistule. Il ne reste plus ensuite qu'à passer, de gauche à droite, une longue aiguille qui traverse en même temps les lèvres de la plaie et toute l'épaisseur du corps qui la remplit. Quelques tours de suture entortillée, un linge troué enduit de cérat, de la charpie, une ou deux compresses et des cercles de bande maintiennent le tout. Le lambeau réclame ici une certaine attention. Sa pointe étant libre contre la face interne ou cutanée du pédicule, s'échapperait facilement en se déployant en arrière, si l'aiguille, mal fixée, se trouvait entre ses deux moitiés repliées au lieu de le traverser réellement.

Cet accident est arrivé à mon second malade, et m'a fait craindre un instant d'être obligé de recommencer. On l'éviterait avec certitude en fixant préalablement ensemble le sommet et la racine du pli tégumentaire par un point de suture simple. Alors l'aiguille profonde et la suture entortillée ne seraient pas indispensables. Une lanière de diachylon, placée d'avant en arrière et assez longue pour faire le tour du cou, en tiendrait aisément lieu.

Deuxième procédé. Lorsque la fistule a son plus grand diamètre dans le sens vertical, ou qu'elle affecte la forme circulaire, il suffit de rouler le lambeau, taillé comme il vient d'être dit, sur sa face cutanée et parallèlement à sa longueur, de manière à en former un cylindre ou un bouchon. L'opérateur le renversant ensuite, en plonge l'extrémité libre dans l'ouverture anormale jusqu'à une certaine profondeur, le fixe comme précédemment et tâche de ne laisser aucun vide entre les surfaces rafraîchies.

d. REMARQUES. Si quelque circonstance l'exigeait au surplus, ce lambeau pourrait tout aussi bien être pris sur le côté et même en haut, qu'au-devant du cartilage thyroïde. C'est au praticien à voir dans quel sens les tissus sont le mieux disposés à cet effet. Il importe seulement de lui donner moitié plus de longueur et de largeur que les dimensions de l'ouverture à fermer ne sembleraient le demander à la première vue, attendu que sa rétraction naturelle en diminue considérablement le volume une fois qu'il est en place.

Quant à la plaie qui résulte de sa dissection, on pourrait la réunir immédiatement au moyen de deux ou trois points de suture entortillée chez le plus grand nombre des sujets; mais la difficulté d'établir une compression égale aux environs fait qu'on court alors le risque de voir un érysipèle, ou la suppuration, envahir la totalité du cou. La prudence veut donc qu'on se borne à en rapprocher modérément les bords, au lieu d'en rechercher le contact parfait.

Je n'ai encore eu que deux fois l'occasion de mettre cette méthode en pratique, il est vrai; mais, dans les deux cas, le succès a été complet.

OBS. I. — L'un des malades qui l'ont subie est présent à la séance.

Agé de 28 ans, ce jeune homme, d'ailleurs bien portant, avait eu la gorge coupée quatre mois auparavant, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, et d'un

muscle sterno-mastoïdien à l'autre. Des points de suture, un bandage et la position fléchie de la tête, mis en pratique sur-le-champ par M. Denis, médecin de l'hôpital de Commercy, ne procurèrent qu'une réunion incomplète de la plaie. Lorsqu'il entra dans mon service, le 15 décembre 1832, les bords de la solution de continuité étaient isolément cicatrisés dans l'étendue d'environ six lignes. Sa tête étant relevée, on faisait aisément pénétrer l'extrémité du petit doigt dans sa fistule. Dans cet état, il pouvait à peine se faire entendre. En abaissant le menton au contraire, il retrouvait la voix et la parole. Une sonde courbe, portée par la plaie, et l'indicateur gauche introduit profondément dans l'arrière-bouche, me permirent de constater que la division s'ouvrait immédiatement au-dessus de la glotte et au-dessous de l'épiglotte, fortement relevée par la racine de la langue. La déglutition des liquides causait plus de toux que celle des solides. Aujourd'hui encore, il lui est plus difficile de boire, du bouillon surtout, que d'avaler des alimens proprement dits. Des mucosités s'échappaient en abondance par la fistule. D'assez grandes précautions étaient nécessaires pour empêcher une partie des matières ingérées de s'y engager aussi. Le moindre contact de ces corps ou d'un corps étranger quelconque avec l'intérieur de la blessure déterminait aussitôt une quinte de toux assez violente pour rendre impossible le rapprochement continu des bords de cette solution de continuité. Mon intention était de vous le présenter, messieurs, ainsi qu'à l'Académie des sciences, avant de le soumettre à aucune tentative. J'aurais bien voulu en outre en faire le sujet de quelques recherches sur la voix et sur les fonctions du larynx en général, mais je reconnus promptement qu'il n'était pas de caractère à se prêter volontiers aux exigences des physiologistes et des chirurgiens sous ce double point de vue. Une semaine s'était à peine écoulée que l'ennui commençait à s'emparer de lui, et qu'il parlait déjà de s'en retourner. En conséquence, je ne crus pas devoir temporiser davantage, et je l'opérai le 22 du même mois par le premier procédé indiqué ci-dessus. Le lambeau, une fois disséqué, fut mis en double, renversé de bas en haut, puis introduit ainsi plié dans la fistule avivée, et fixé enfin par une seule épingle. Je ne levai l'appareil que le quatrième jour. La pointe du lambeau, un peu trop courte ou mal retenue contre sa racine, s'étant déployée, parut être à nu dans le larynx. Le boursoufflement des tissus nous fit même penser un instant que la totalité du pli tégumentaire avait pu tomber dans la gorge. Une quinte violente de toux, survenue l'avant-veille, fortifiait encore une pareille supposition; mais la suite nous a prouvé qu'il n'en était rien. En effet, c'est en se rétractant d'arrière en avant que ce lambeau a fini par boucher la fistule, et son pédicule s'est retrouvé d'une manière distincte avant la cicatrisation parfaite. Un pertuis qui admettait à peine une tête d'épingle et dont la cautérisation avec le nitrate de mercure, avec le fer rouge, avec le nitrate d'argent, n'a que difficilement triomphé, n'est définitivement oblitéré que depuis les premiers jours de mars. L'étranglement produit par une longue bandelette emplastique, placée au-dessus pour en abaisser la lèvre supérieure, a fait en outre que la plaie du lambeau ne s'est cicatrisée que très-tard, et qu'un abcès survenu en dehors s'est montré plusieurs fois depuis, mais de manière néanmoins à ne compromettre en rien le succès de l'opération première.

Obs. II. — L'observation de l'autre malade ayant déjà été publiée dans les journaux (1), n'a pas besoin d'être rappelée en détail à l'Académie. Je n'en reproduirai que les principaux traits. La plaie avait le même siége et reconnaissait la même cause que dans le cas précédent. Ses dimensions étaient un peu plus considérables, du moins dans le sens vertical. Ses bords offraient aussi un peu plus d'épaisseur, et l'épiglotte n'était séparée du larynx en arrière qu'aux deux tiers environ de sa largeur. Lorsque le blessé se fit admettre à l'Hôtel-Dieu, au mois d'octobre 1831, sa fistule datait de six mois. Les journaux de l'époque (2) rapportent que M. Dupuytren disséqua latéralement les lèvres de l'ouverture dans une certaine étendue, afin de les rapprocher ensuite et de les réunir dans cette position par quelques points de suture entortillée. Doutant du succès de sa tentative, l'habile professeur avait, à ce qu'il paraît aussi (3), formé le projet d'essayer une autre méthode, de faire « un emprunt aux parties voisines et de boucher la fistule avec le lambeau détaché; » mais soit qu'on l'ait renvoyé pour cause d'indocilité, soit qu'il ait demandé lui-même sa sortie, le malade quitta l'hôpital avant d'être guéri et vint à la Pitié en janvier 1832, après s'être présenté, nous dit-il, à plusieurs consultations publiques. Comme il nous avait soigneusement caché son séjour à l'Hôtel-Dieu, j'étais sur le point de le soumettre à l'opération qu'il avait déjà subie, lorsque des élèves le reconnurent et me firent part de ce qui s'était passé. Bien persuadé qu'une méthode qui avait échoué entre les mains de M. Dupuytren me réussirait encore bien moins, je dus songer aussitôt à me comporter différemment. J'en vins donc à la méthode qui fait l'objet de cette note. Un lambeau emprunté à la face antérieure du larynx, disséqué, relevé, roulé sur son axe, fut enfoncé dans la fistule préalablement rafraîchie, et fixé en place au moyen d'épingles. Les deux fissures qui étaient d'abord restées sur les côtés ont cédé plus tard à l'action du cautère actuel et d'un nouveau point de suture.

Le malade n'est sorti de mon service que long-temps après le complément de sa guérison.

§ IV. — Valeur comparative des diverses méthodes opératoires applicables aux fistules pharyngo-laryngiennes.

La méthode que je propose n'est pas la seule qu'on puisse appliquer aux fistules aérifères ; je m'empresse de l'avouer. Je pense, avec M. Larrey (4), que pour en guérir un grand nombre il suffit d'en prolonger les angles haut et bas, d'en aviver ensuite les bords et de les maintenir rapprochés, soit à l'aide du bandage, soit au moyen de la suture. En donnant un coup de bistouri en travers sur chaque lèvre de

(1) *Gazette médicale*, 1832, t. III, p. 342.
(2) *Lancette française*, t. V, p. 240, 310 — 315.
(3) *Lancette*, t. V, p. 315.
(4) Clinique chir., tom. IV, pag. 290.

la plaie pour en détacher l'extrémité inférieure, comme le veut ce praticien, on en favoriserait encore la coaptation.

Lorsque la perforation est plus large, la méthode essayée par M. Dupuytren est de nature aussi à procurer quelques succès. On pourrait en outre imiter les premiers procédés de la rhinoplastique, se borner à coudre les bords d'un lambeau d'emprunt aux bords avivés de la fistule. Enfin, il n'est pas jusqu'à la cautérisation et aux simples bandages qui ne soient parfois suffisans. Je pense même que ces deux derniers moyens, que la suture simple, devront être préférés à l'espèce de bronchoplastique dont j'ai fait usage, lorsque leur efficacité ne paraîtra pas devoir être révoquée en doute. Mais le procédé que j'ai imaginé ne m'en paraît pas moins d'une efficacité plus certaine et d'une application plus facile, plus à la portée de tous les chirurgiens que les autres méthodes employées jusqu'ici, méthodes auxquelles certaines fistules résistent d'ailleurs opiniâtrement.

Quand on prend le parti d'isoler en travers l'angle thyroïdien de la perforation, pour en mettre plus sûrement les deux lèvres en contact, il reste le plus souvent une fistule transversale au-dessous de la division verticale qu'on a guérie. La solidité du cartilage et la saillie qu'il forme en avant donnent l'explication de cette difficulté. Le décollement latéral offre un inconvénient beaucoup plus grave encore et dont on n'a pas assez tenu compte en l'appliquant à d'autres fistules. Les mucosités qui reviennent de la trachée, la salive même, se glissant entre les lambeaux affrontés et les tissus sous-jacens, détermineraient presque inévitablement une inflammation érysipélateuse, capable de gagner promptement une grande partie du cou. Alors, en effet, c'est (qu'on me passe la comparaison un peu forcée peut-être) un ulcère dont on ferme l'orifice avant d'en avoir mondifié le fond. L'état des parties ne permet presque jamais d'ailleurs de donner assez d'épaisseur ou de régularité aux lambeaux qu'il s'agit de décoller en pareil cas pour n'en pas laisser craindre la gangrène ou la suppuration.

La peau du voisinage est trop mince et trop souple pour qu'on puisse en construire un opercule convenable et l'appliquer d'après les règles établies par MM. Roux (1), Lallemand (2), Dupuytren (3), pour la chei-

(1) *Archiv.*, tom. XV, pag. 468.
(2) *Archiv.*, tom. IV, pag. 242.
(3) *Lancette française*, tom. III, pag. 273.

loplastique. Les points nombreux de suture qu'il exigerait, la tendance des fluides laryngo-pharyngiens à s'échapper par la fistule en feraient le plus souvent échouer l'agglutination. Cette dernière méthode enfin offre tous les inconvéniens de celle que j'ai mise en pratique sans en avoir les avantages. Elle ne mérite véritablement la préférence que dans les fistules trop larges pour pouvoir être fermés à l'aide d'un bouchon ou d'un simple repli tégumentaire.

Je ne sais si la méthode que je viens de soumettre à votre jugement, messieurs, est réellement nouvelle. Je n'en ai, du moins jusqu'à présent, rencontré l'idée nulle part. Il ne faudrait pas la confondre, en effet, avec celles qui ont déjà été empruntées à la chéiloplastique ou à la rhinoplastique. C'est pour être tombées dans cette erreur que diverses personnes l'ont attribuée à M. Dieffenbach, par exemple, qui ne parle aucunement des fistules laryngiennes dans son intéressant ouvrage, et qui ne paraît avoir essayé, pour les fistules en général, que la méthode par transplantation, dont il a été question tout à l'heure. Il en est de même de M. Jobert (4), qui la rapporte à M. Arnal, puisque ce dernier médecin s'exprime (5) à peu près comme M. Dieffenbach, ou comme l'avait fait M. Dupuytren huit mois auparavant (6), c'est-à-dire qu'il propose d'appliquer à la gorge la méthode de l'opercule, mise en usage avec tant de bonheur dans quelques cas de fistules lacrymales, par l'auteur allemand, et pour les fistules urétrales, par MM. Earle (7) et Delpech (8).

Le procédé que je voudrais introduire dans la pratique chirurgicale se distingue, comme on a pu le voir, du procédé génoplastique, auquel on ne l'a sans doute comparé que faute d'avoir bien compris la description incomplète que j'en ai donnée l'année dernière, en ce qu'il n'a point pour but de *coudre* un *lambeau* à la circonférence d'une *ouverture* plus ou moins large, mais bien de *fermer* de véritables *trous*, ou des *fentes* avec un *repli* renversé, ou un *bouchon* de peau. C'est là, ainsi que je l'ai dit, ce qui le caractérise. Si l'analogie ne m'abuse pas, cette méthode conviendrait également à d'autres fistules et pour fermer une foule d'autres ouvertures. Les fistules profondes, étroites, avec dé-

(4) *Plaies d'armes à feu*, pag. 155.
(5) *Journ. hebd.*, tom. VIII, pag. 113.
(6) *Lanc. fr.*, tom. V, pag. 315.
(7) *Philosoph. trans.*, 1821.
(8) *Lanc. fr.*, tom. IV, pag. 278.

perdition de substances de l'urètre, les fistules thoraciques, abdominales, les anus accidentels, lorsque l'obstacle au cours des matières n'existe plus, certaines fistules salivaires, certaines fistules lacrymales en retireraient probablement plus de fruit que des diverses méthodes plastiques essayées jusqu'à présent. Toutefois, n'ayant que des conjectures à invoquer en faveur de mes assertions sur ces différens points, je ne m'y arrêterai pas davantage. Quoique M. Jameson (1) ait tenté avec succès la cure définitive d'une hernie crurale à l'aide d'une méthode semblable, j'attendrai que l'expérience ait permis d'en apprécier la valeur dans les cas où son emploi est le plus formellement indiqué, avant de la généraliser autant qu'elle me paraît en être susceptible.

Ce n'est après tout qu'une variété d'ente-animale, dont il suffit de faire ressortir le mécanisme pour que chacun sente aussitôt les bienfaits qu'il est raisonnable d'en espérer, et puisse tracer le cercle dans lequel il convient de la renfermer.

(1) *The Lancet.*, 1829. tom. II, pag. 142.

Everat, Imprimeur, rue du Cadran, N° 16.